

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Analizar la relación entre el consumo de cannabis, los problemas de conducta social y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional

Alumna: Gitel, Julieta Constanza.

Legajo: 56.945

Mail: julietacg90gmail.com

Tutor: Juliana Stover

11 de Junio de 2021

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivo General	3
2.1. Objetivos Específicos	3
2.2. Hipótesis.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Cannabis.....	4
3.1.1 Definición e historia.....	4
3.1.2 Efectos neurológicos del consumo de cannabis	6
3.1.3 Consumo ocasional del cannabis y sus efectos	8
3.2.1 Funciones ejecutivas	10
3.2.1 Definición de conducta social y su problemática con el consumo de cannabis.	12
3.2.2 Frecuencia del consumo, edad de inicio de consumo de cannabis y problemática en la conducta social	15
3.2.3 Control emocional y su problemática vinculada al consumo de cannabis	17
3.2.4 Frecuencia del consumo, edad de inicio de consumo de cannabis y control emocional	18
4. Metodología	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Participantes	20
4.3 Instrumentos	20
4.4 Procedimiento	21
4.5. Análisis de datos.....	22
5. Desarrollo.....	22
5.1 Analizar la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.....	22
5.2 Analizar diferencias entre distintas edades de inicio del consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.	23
5.3 Analizar la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.	24
5.4. Analizar diferencias entre distintas edades de inicio del consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.	25
5.5. Analizar diferencias entre distintas frecuencias de consumo de cannabis y las dificultades de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.....	26

5.6. Analizar diferencias entre distintas frecuencias de consumo de cannabis y los problemas de control social en población con consumo ocasional de cannabis.....	27
6. Conclusiones	27
6.1 Resumen del desarrollo	27
6.2 Limitaciones	29
6.3. Perspectiva crítica y aporte personal	30
6.4. Nuevas líneas de investigación	32
7. Referencias	33
7. Anexos.....	40

1. Introducción

El trabajo que se presenta a continuación constó de una investigación que fue llevada a cabo en la Universidad de Palermo, en la asignatura llamada Práctica Profesional V. El principal objetivo de la misma se centró en registrar en adolescentes y jóvenes adultos las consecuencias neurológicas que se producen al utilizar diferentes sustancias adictivas, detallando los efectos residuales o estables del consumo de drogas. Es por esto que se valoraron los resultados obtenidos en tareas ejecutivas utilizando cuestionarios autoadministrables y test como el Cuestionario Disejecutivo (DEX), el Inventario de Síntomas Prefrontales (ICP), Dígitos Directos e Inversos y Fluencias Verbales Fonológicas y Semántica, mientras que para poder medir las alteraciones vinculadas al consumo de sustancias se utilizaron el Rastrillaje de Consumo de Drogas (DAST-10), el Inventario de Rastrillaje de Marihuana (MSI-X) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT). La batería que contiene los tests presentados anteriormente fue administrada por seis participantes de la práctica, quienes tomaron datos a una muestra de 40 hombres y mujeres de un rango etario de 18-40 años. La información recabada se cargó en una base de datos para ser utilizada por los participantes de la práctica, quienes se centraron en temáticas específicas de la investigación. El presente trabajo analizó la relación entre el consumo de cannabis, los problemas de conducta social y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional.

2. Objetivo General

Analizar la relación entre el consumo de cannabis, los problemas de conducta social y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional.

2.1. Objetivos Específicos

1. Analizar la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.
2. Analizar diferencias entre distintas edades de inicio del consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.
3. Analizar la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.

4. Analizar diferencias entre distintas edades de inicio del consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.
5. Analizar diferencias entre distintas frecuencias de consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.
6. Analizar diferencias entre distintas frecuencias de consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.

2.2. Hipótesis

H1: A mayor riesgo de consumo de cannabis en población con consumo ocasional, mayores problemáticas de conducta social.

H2: A menor edad de inicio de consumo de cannabis en población con consumo ocasional, mayores problemas de conducta social.

H3: A mayor riesgo de consumo de cannabis en población con consumo ocasional, mayores dificultades de control emocional.

H4: A menor edad de inicio con consumo de cannabis en población con consumo ocasional, mayores dificultades emocionales.

H5: A mayor frecuencia de consumo de cannabis en una población con consumo ocasional, mayores dificultades de control emocional.

H6: A mayor frecuencia de consumo de cannabis en una población ocasional, mayores problemas de conducta social.

3. Marco Teórico

3.1. Cannabis

3.1.1 Definición e historia

Los distintos aspectos que involucran la definición de cannabis son complejos de determinar porque es una planta que posee diferentes cepas, que contiene muchas sustancias y que tiene diferentes formas de extracción y complexiones. Es por esto que esta planta se puede utilizar y consumir de diversas formas. Se requiere, por lo tanto, definir claramente los términos que hacen alusión a la misma. Cuando se menciona al cannabis se señala a la planta viva y sin ningún tipo de manipulación, y cuando se menciona a la marihuana, que es el término que se utiliza cotidianamente, es la planta seca que puede ser fumada y/o vaporizada (Igartua, 2009). A su vez, el cannabis contiene un aproximado de

400 compuestos diferentes, entre ellos se encuentran 60 cannabinoides, que están en la flor, el tallo e incluso en la resina de la planta hembra (Ashton, 2018). De estos cannabinoides los que se encuentran en gran cantidad son los de los tipos cannabigerol (CBG), cannabicromeno (CBC), cannabidiol (CBD), tetrahidrocannabinol (THC) y cannabinol (CBN). El THC es el que produce las mayores consecuencias psicoactivas (Grotenhermen, 2006).

En la edad antigua, si bien estos derivados han sido utilizados principalmente con fines curativos dentro de ciertas limitaciones médicas existentes en la época, también han tenido fines religiosos tanto como de placer. Los cannabinoides han asumido diferentes momentos en su utilización, en algunos de ellos su uso ha sido más restringido e incluso prohibido y en otros momentos ha sido utilizado de forma más extendida como lo es hoy en día (Ramos Atance & Fernández Ruiz, 2000).

Es dificultoso determinar con precisión el período en que el ser humano comenzó a usar los preparados derivados del cannabis (Ramos Atance & Fernandez Ruiz, 2000). Estos componentes psicoactivos se especificaron por primera vez en la década del 60. A pesar de ser la droga ilegal más antigua, sus bases moleculares fueron una incógnita hasta el siglo XX. Recién en el año 1998, en Estados Unidos, los integrantes de Allynhowlet detallaron la presencia de un receptor metabotrópico en el cerebro, el cual era activado por cannabinoides naturales (Araos et al., 2014).

Es en Asia Central donde algunos autores sitúan el origen de la planta de cannabis. Sin embargo, rápidamente se fue expandiendo a lugares vecinos y luego a regiones más lejanas, aunque no se desecha la idea de un consumo espontáneo en otros sectores donde la planta creciera habitualmente. Es en Asia también, según la información y datos disponibles, donde comenzó el consumo de sus derivados, el cual ha sido desde sus orígenes y en su recorrido histórico muy cambiante (Ramos Atance & Fernández Ruiz, 2000).

A partir del siglo XXI, el consumo de cannabis se encuentra más propagado en el continente de Oceanía; principalmente esta planta es cultivada en la zona de Nueva Guinea y Camboya. Su cultivo es ilícito, pero la supresión de esta práctica se ve dificultada por las características del suelo, presentando este mismo gran variedad de montañas y pantanos, impidiendo por lo tanto su erradicación (Molina, 2018).

En la actualidad ya el consumo no está vinculado a la religión, sino que principalmente se encuentra más relacionado con el ocio, la recreación y el placer (Ramos Atance & Fernández Ruiz, 2000). Específicamente en los años 60 y 70, con la tendencia cultural del momento, es decir el movimiento hippie, se utilizaba como una droga estimulante. Ya por la década de los 80 su consumo se generalizó y se expandió como nunca antes en el continente europeo. Esta generalización provocó la construcción de una industria del ocio, beneficiando al sector marginal de la sociedad produciendo ofertas laborales a las subculturas, forjando así un determinado estilo de vida en donde la compra y venta del cannabis tenía un lugar preponderante (Merino, 2000).

Se tiene conocimiento que durante el siglo XX, ésta práctica se vio influenciada por el poderío económico. De lo contrario, en el siglo anterior su influencia se veía afectada por el componente médico, farmacéutico y social (Molina, 2018).

En estudios que se realizaron con anterioridad, en el 2004 y 2005, se observó un incremento en el consumo de drogas ilegales, particularmente, de la marihuana. En el informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC) se detalló que, en un lapso de un año, aumentó un 5% el uso de drogas, un consumo de al menos una vez en el último año, con prevalencia en la marihuana (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006).

Por último, debe remarcarse que es conveniente no propiciar una mirada etnocéntrica cuando se hace referencia a la conceptualización histórica del consumo de cannabis, ya que conlleva cierto nivel de riesgo provocando una separación de los hechos con el contexto, debido a que en algunas culturas la utilización de dicha sustancia se encuentra ligada a rituales no siendo así un problema específico de drogadicción (Merino, 2000).

3.1.2 Efectos neurológicos del consumo de cannabis

El cannabis afecta las condiciones físicas del individuo, realizando una acción específica sobre el sistema nervioso central. Esto provoca cambios en el comportamiento, efectos físicos y, también, genera consecuencias en la dimensión social, como el daño de las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo, la desintegración familiar, entre otros. (Parrott, Morian, Moss & Scholey, 2004).

Los compuestos derivados del cannabis, los cannabinoides, tienen dos receptores. Ambos funcionan como agonistas en el receptor cannabinoide CB (Matsuda, Lolait, Brownstein & Bonner, 1990) El primero, CB1, se manifiesta en el cerebro, específicamente en el sistema límbico, corteza prefrontal, cerebelo, hipocampo y ganglios basales (Rivera-Olmos, Marisela & Parra –Bernal, 2016) y el segundo, CB2, se expresa en el sistema inmunológico, particularmente en los tejidos periféricos. En este último también participan hasta cierto punto los cannabinoides sintéticos (Munro, Thomas & Shaar, 1993).

Se realizaron ciertos estudios en cerebros de ratas, lo cuales demostraron que los receptores CB1 se ubican específicamente en terminales nerviosas y axones, no presentándose en gran cantidad en las dendritas y el soma neuronal. Esto implica que los mismos son post sinápticos y no presinápticos y que, por lo tanto, miden la liberación de los neurotransmisores basales (Iversen, 2003). Comprendiendo donde se encuentran estos receptores se ha comprobado que son relevantes en la regulación emocional, en procesos de percepción, en la cognición, en la moderación del tránsito intestinal y en la combinación del sistema inmunológico y la actividad neuronal (Maldonado, Valverde & Barrendero, 2006; Piomelli, 2003; Rodríguez de Fonseca et al., 2005). La presencia de dichos receptores, señalaba una gran posibilidad de que existiera algún sistema endógeno. Luego de una búsqueda exhaustiva se encontraron del ácido araquidónico dos derivados, el arquidoniletanolamida y 2-araquidonilglicerol (Devane et al., 1988).

El sistema endocannabinoide era una realidad, ya que se habían podido identificar los receptores cannabinoides y sus componentes internos, así como una actividad enzimática que indicaba una importante actividad orgánica. Los endocannabinoides a nivel del sistema nervioso central tienen vital importancia en referencia a la modulación de los procesos de plasticidad sináptica. Otro de los procesos relevantes está vinculado a la diferenciación de las células y su excitabilidad. En la mecánica postsináptica también influyen en la actividad de los canales de calcio, potasio y la elaboración de segundos mensajeros. Son participes de la regulación de algunas proteínas quinasas que se vinculan con la plasticidad neuronal (Araos et al., 2014).

El sistema endocannabinoide se va a encontrar relacionado a las dinámicas de integración, ya que va a formar parte de uno de los recorridos de señalización que está implicado con el sistema de refuerzo y gratificación. Es por esto por lo que se puede exponer la consecuencia que tiene el consumo de cannabis, en donde se genera una

dependencia y abuso de dicha sustancia. Esto ocurre por la percepción del receptor CB1 y varios componentes del sistema endocanabinoide en los circuitos de señalización (Araos et al., 2014). Se debe señalar que cuando hay un consumo continuado de la sustancia de cannabis los receptores disminuyen notablemente generando una desensibilización sistemática (Escobar-Toledo, Berrouet-Mejia & Gonzalez- Ramirez, 2009).

El cannabinoide TCH, que es uno de los elementos principales del cannabis, tiene las características necesarias para poder considerarse como una sustancia de abuso, ya que la misma puede poner en movimiento el sistema de recompensa, librando dopamina en el núcleo que se encuentra en el septum, donde precisamente se procesan y se asocian las experiencias de placer (Sperlágha, Windischa, Andóa & Vizia, 2009). El cannabis va a afectar a la corteza prefrontal, en donde se realiza la planificación y la realización de movimientos por motivación, así como también en la memoria episódica y el aprendizaje en el hipocampo. Todo esto sucede porque estos mecanismos están unidos a los receptores cannabinoides CB1, que se hacen presentes en todas las células neuronales que tienen receptores de dopamina (Maldonado et al., 2006).

Por otra parte, el THC es una sustancia depresora del sistema nervioso central, por ende, se espera que el consumo problemático pueda llegar a dar lugar a estar en un estado apático denominado *síndrome amotivacional*. Además, se pudo observar que afecta el sector psicomotor, ya que disminuye los reflejos produciendo una reducción en los movimientos. Esto puede llegar a producir consecuencias desfavorables en el área de la comunicación e incluso un retraimiento social. Este estado puede permanecer por un tiempo luego de renunciar al consumo de cannabis (Tziraki, 2012).

3.1.3 Consumo ocasional del cannabis y sus efectos

En el año 2011 un estudio realizado en el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) demostró que el 60% de los individuos que habían probado la marihuana finalizaron con adicción a esta sustancia. Se resalta que, por lo tanto, los sujetos que no poseen control de las diferentes conductas y sus procesos emocionales tendrían una tendencia que facilita la dependencia de esta droga (Bach Natalie, 2015).

La ingesta de sustancias puede provocar diferentes tipos de riesgos, es decir, a mayor frecuencia de consumo, mayor riesgo de salud física y psíquica. Es por esto que se puede categorizar en tres rangos. El primero sería de un bajo riesgo, esto implica que es un consumo ocasional, por lo tanto, no hay una exposición continua a la sustancia. El segundo es de riesgo moderado, donde se produce un consumo más asiduo y, en tercer lugar, se encuentra el riesgo alto, que es lo que de otra forma se denomina, consumo problemático, donde hay un consumo diario y el aumento a exponerse a situaciones riesgosas o de peligro es más alto (Molina Sabando & Intriago Ramírez, 2018).

Por otra parte, Calafate, Fernández, Becoña, Juan y Torres (2000) mencionan que cuando se hace referencia a la frecuencia del consumo de cannabis se pueden nombrar cuatro grupos. El primer tipo es de aquellos que jamás han probado dicha sustancia, mientras que el segundo grupo, se compone de los individuos que consumen cannabis o derivados de la planta una vez al mes o doce veces al año, denominado consumo ocasional. A quienes se encuentran en el tercer grupo se los considera consumidores recreativos, que son aquellos individuos que consumen más de una vez por semana. Por último, están los que consumen de forma cotidiana, estos lo hacen más de una vez por semana o todos los días. En un estudio se pudo correlacionar que aquellos participantes que tenían una mayor vida nocturna y recreativa incrementaban su consumo de cannabis. Al mismo tiempo, se podía observar que, a mayor consumo de cannabis, mayor consumo de otras sustancias ilegales como, por ejemplo, cocaína, éxtasis y crack. Los consumidores de cannabis, generalmente suelen tener antecedentes de consumo de tabaco y/o alcohol, y a veces su consumo suele ser sincrónico.

Cuando se hace alusión al consumo ocasional del cannabis se considera que las consecuencias son de menor impacto. Se pueden manifestar variaciones cognitivas que pueden tener como efecto una disminución en la coordinación motora y en la concentración, lo que puede aumentar y predisponer a situaciones de alta peligrosidad. Este consumo esporádico también puede generar una inclinación al padecimiento de trastornos como los de ansiedad o depresión. Sin embargo, en estudios realizados se ha podido comprobar una correlación positiva entre el nivel de exposición al cannabis, mayor frecuencia de consumo y un aumento de la probabilidad de sufrir efectos negativos psíquicos y físicos con más severidad (Campo-Arias, Suarez-Colorado & Caballero-Domínguez, 2020).

Siguiendo en la misma línea, se logró observar en diferentes estudios que los jóvenes adultos pasan con mayor rapidez de consumidores ocasionales, donde el uso de la sustancia ilícita es más esporádico, con un fin recreativo, a ser consumidores habituales, presentando un mayor riesgo psíquico y físico (Trujillo & Pérez, 2017).

Se corroboró la información mencionada anteriormente, y se observó que la cantidad y la frecuencia del consumo de la marihuana se asocia con una posible aparición de trastornos mentales, abuso y dependencia, en jóvenes adultos. Cuando se inicia el consumo en edades tempranas, son más propensos a consumir otro tipo de drogas ilícitas. Esto, a su vez, puede desarrollar un consumo de alcohol problemático, como también se puede estar implicado en problemas de salud mental, predisponiendo a la realización de actos suicidas. Por otra parte, también puede estar ligado a conductas que se relacionan con el juego (González -Yubero, Palomera & Lázaro-Visa, 2020).

Cuando se hace referencia a las causas, del por qué se consume de forma ocasional esta sustancia, se pueden observar diferentes motivos. Estos, suelen estar relacionados al ocio, a la relajación, a la diversión y al poder dejar atrás los conflictos del día a día. Se pudo comprobar, en un estudio realizado a jóvenes en España, que la continuidad del consumo de esta sustancia se encuentra vinculada a la búsqueda de bienestar y el olvido de las problemáticas de la vida cotidiana (Morales-Manrique, Bueno-Cañigral, Aleixandre-Benavent & Valderrama-Zurian, 2011).

3.2.1 Funciones ejecutivas

En 1982, Lezak definió a las funciones ejecutivas (FE) como habilidades mentales imprescindibles para llevar adelante comportamientos que estén aceptados por el contexto social, que sean creativos y eficientes. Las mismas tienen cuatro elementos. El primero es la elaboración de objetivos que implica la facultad de poder crear y seleccionar escenarios ideales. El segundo elemento es la planificación, en donde se van a determinar actos, herramientas y procesos necesarios para llegar a los objetivos. El tercer elemento es el desarrollo que va a implicar la capacidad para comenzar, frenar o sostener actos planificados. Por último, se encuentra el cuarto componente siendo este mismo la ejecución, que es la posibilidad de controlar y modificar acciones (Tirapu-Ustárrroz, Cordero-Andrés, Luna-Lario & Hernáez-Goñi, 2017).

Las funciones ejecutivas son imprescindibles ya que forman parte de las funciones superiores del cerebro. La gran parte de ellas se encuentran en el lóbulo pre-frontal, siendo estas las que hacen a este lóbulo el más desarrollado (González, García Sánchez & Barraquer Bordas, 2000). Son un grupo de capacidades cognitivas que van a controlar a otras capacidades más elementales, tales como la memoria. Por lo tanto, van a permitir que los individuos se desenvuelvan y se manejen de una manera favorable en la vida. Cuando surge una situación de carácter novedoso, son estas funciones las que permiten realizar una planificación eficaz donde se presente un plan que permita una salida viable sin perjudicar al individuo (Burin, Drake & Harris, 2007). La resolución de problemas de manera satisfactoria y adaptativa se corresponde a las características principales de las funciones ejecutivas (Rodríguez, Toledo, Diaz, Polizzi & Viñas, 2006).

Aunando criterios de diferentes autores, se considera que las funciones ejecutivas son las responsables de cambiar los pensamientos en acción, como así también son las responsables de la actividad cerebral, y la iniciación e inhibición de la atención. Otras de las características destacadas de las FE, son la participación en la empatía, conciencia y sensibilidad social, como así también la coordinación de la información de los diferentes mecanismos de entrada –estímulos de diferentes modalidades sensoriales-, mecanismos de procesamiento y de salida (Estévez González et al., 2000).

En la actualidad, se considera que las principales funciones ejecutivas son la fluidez verbal, la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y el control inhibitorio. La fluidez verbal es la habilidad de generar un lenguaje con cierta fluidez, sin demasiadas interrupciones que puedan evidenciar problemáticas en la entrada al léxico. Esta función se vincula con las FE de productividad y es una característica significativa de la corteza prefrontal. La flexibilidad cognitiva implica poder responder de forma adaptativa a las alteraciones del ambiente. Es de gran importancia poder generar cambios rápidos y eficaces cuando las situaciones lo requieran, esto forma parte de un comportamiento adaptativo. La memoria de trabajo, es una capacidad cognitiva que involucra un conjunto de funciones que permiten percibir, almacenar y recuperar determinada información cuando el contexto lo precisa. Su rol es crucial para la correcta labor del desarrollo de otras competencias cognitivas. Por otro lado, se puede mencionar como una de las funciones ejecutivas más relevantes, al control inhibitorio. Este es un concepto de múltiples dimensiones, ya que en la teoría se han considerado diferentes tipos de desarrollos inhibitorios con cualidades y

funciones distintas. La clasificación más propagada es la del Modelo Inhibitorio Tripartito que hace referencia a tres tipos de inhibición. Primero, se ubica la inhibición comportamental, que hace referencia a la eliminación de respuestas opresoras y prepotentes. Luego, se encuentra la inhibición perceptual que permite hacer que la atención focalice en diversos estímulos, disminuyendo la presencia de otros estímulos que puedan interferir. Por último, se menciona la inhibición cognitiva. Esta es la encargada de atenuar la presencia de las representaciones mentales opresivas y prepotentes, particularmente de los pensamientos de índole invasivo. Esto hace referencia a un proceso que permite disminuir el ingreso de imágenes de la memoria que son intrascendentes y que irrumpen generando una intrusión que impide lograr las metas del momento (Lepe-Martínez et al., 2020).

La variación de estas funciones puede provocar dificultades en el inicio, en la transformación, monitoreo o discontinuidad de la acción, y, como consecuencia, generar un descenso del comportamiento espontáneo y un incremento en la impulsividad (Tirapu Ustárrroz et al., 2017).

3.2.1 Definición de conducta social y su problemática con el consumo de cannabis.

Según Andreu (2003) la conducta social se define como la manera en que los individuos se van a desplegar en relación al contexto en el que se encuentran inmersos teniendo formas diferentes de proceder en situaciones que se han asimilado en su cultura o sociedad. Magleb (2012) agrega a esta definición que la observación va a ser central en relación a cómo se comportan los sujetos con otro. Por lo tanto, la conducta social se desarrolla en la socialización.

Los individuos van a buscar organizar las propias actividades con las de los otros, van comprender a las otras personas según las propias creencias y van interactuar con su grupo social para poder retroalimentar la propia experiencia. Esto ocurre porque todos los seres humanos necesitan tener un contexto social congruente para poder adaptarse (Grande-García, 2009).

El autocontrol forma parte de la conducta social, siendo esta una función inhibitoria. Permite controlar la propia conducta y también regular las emociones. Esto implica no

dejarse llevar por impulsos o emociones momentáneas, sino tener la capacidad de reflexionar y evitar actuar de forma errónea (Méndez & Latorres Postigo, 2021).

Luego de la revisión de varias investigaciones en relación al abuso del cannabis y sus consecuencias se ha podido demostrar evidencia de ciertas alteraciones conductuales y psicomotoras, sin necesariamente la presencia de algún trastorno psiquiátrico que podría ser causante del conjunto de síntomas. Este síndrome incluye características como desinterés, indiferencia, inhibición del impulso sexual, tristeza, incapacidad de realizar planes futuros, abandono del cuidado personal y empobrecimiento afectivo. Asimismo, se produce una afectación psicomotora donde hay una reducción en el desplazamiento, los reflejos y el movimiento. Esto se puede explicar como consecuencia de una hipofrontalidad, ya que el área frontal es la encargada del desarrollo de las funciones ejecutivas, la cual implica tanto la motivación como el comportamiento social (Tziraki, 2012).

Desde una mirada psicológica y social, aquellos jóvenes que se exponen al consumo de cannabis tienen complicaciones más marcadas en lo que respecta a lo educacional presentando un bajo rendimiento escolar; también presentan dificultad en la búsqueda e inserción laboral, tienden a participar en disputas, conflictos o peleas con agresiones físicas (Guerrero et al., 2015) y a practicar relaciones sexuales sin protección (Harper, Dittus & Ethier, 2016). Esta sustancia, es depresora del sistema nervioso central, por lo que se espera que el sujeto que la consume pueda desarrollar un estado apático de la personalidad, denominado síndrome amotivacional. La sintomatología característica de este cuadro es de desgano, apatía, desapego afectivo, dificultad en la atención y/o concentración. Hasta este momento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no lo reconoce clínicamente (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa & García-Portilla, 2011). También, puede producir dificultad en las habilidades sociales predisponiendo a rupturas en los vínculos interpersonales y en sus actividades cotidianas, generando en el individuo problemas para poder manifestar y defender su forma de pensar, o enfrentar de forma correcta a los demás cuando se trata de rechazar una invitación a consumir drogas (Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur & Hawkins, 2004).

En una investigación se logró demostrar que el consumo no problemático de marihuana podría tener como resultado algunas diferencias atencionales, tanto en jóvenes como en adultos. También se encontró una correlación positiva con los problemas que puede ocasionar el consumo y los problemas ejecutivos y atencionales (Gómez &

Rubinstein, 2019). Esto puede generar dificultades en el aspecto social, en donde por lo general el consumo de cannabis conlleva a la ingesta de otras drogas que son más complejas de abordar (Galván et al., 2017).

Es de gran importancia resaltar que en las investigaciones actuales se ha podido confirmar que tanto el consumo del alcohol como el de cannabis y otras sustancias ilegales, han sido un factor preponderante de predisposición al desarrollo de conductas delictivas o vinculadas al peligro. Sin embargo, se ha podido identificar que no todas las sustancias se vinculan a todos los delitos. Mientras el alcohol se relaciona más fuertemente a conductas agresivas e impudentes, el consumo de cannabis está fuertemente unido a robos contra la propiedad y la drogadicción (Pérez & Ruiz, 2017). También se determinó en otros estudios que el consumo de estas sustancias podía predisponer a una relación patológica con el juego (Maqueda & Ruiz Olivarez, 2017).

Avalando la investigación que se desarrolló con anterioridad, se demostró que otra de las conductas problemáticas que trae aparejado el consumo de cannabis, es la utilización conflictiva de la herramienta cibernética, particularmente, haciendo uso del Internet con el fin de llevar a cabo actividades relacionadas al *sexting* –consiste en una terminología utilizada para hacer referencia al envío de material con connotación sexual-, y/o acoso cibernético -concepto que se utiliza para denominar el acoso a través de medios de comunicación virtuales (Golpe et al., 2019).

Por último, teniendo en cuenta la información que se brindó anteriormente, se demostró en investigaciones recientes que el cannabis tendría la capacidad de generar diferentes conflictos en la vida personal del individuo. También, podría empeorar las dificultades ya existentes y, a su vez, afectar gravemente el contexto social y el status personal. Por otro lado, se ha encontrado una asociación entre los empleados que consumen de forma habitual marihuana, y el mal rendimiento en los trabajos. Esto implica accidentes laborales, dificultades para cumplir un horario establecido, menor eficiencia en cumplir objetivos laborales, etc. En cuanto a los estudiantes que ingieren dicha sustancia, suelen tener menor posibilidad de llegar a graduarse en tiempo y forma, ya que no suelen llegar a calificaciones adecuadas que les permita avanzar (Del Bosque et al., 2013).

3.2.2 Frecuencia del consumo, edad de inicio de consumo de cannabis y problemática en la conducta social

El uso crónico de cannabis puede aumentar la posibilidad de incrementar comportamientos de mayor peligrosidad (Torres & Fiestas, 2012). Si este se da en la adolescencia, se puede generar una predisposición en el desarrollo de trastornos psicopatológicos (Aaros et al., 2014). A su vez, en una investigación de la Secretaria de Programación para la Prevención de la drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2017), se encontró una correlación entre el consumo de marihuana de forma temprana y drogas ilegales, en donde se detalla que la marihuana es la droga ilícita más consumida en los chicos escolarizados. Entre ellos, el 29,2% tiene un consumo de moderado riesgo, mientras que el 14,5% alcanza un riesgo alto (Gómez & Rubinstein, 2019).

Una encuesta realizada por el Plan Nacional Sobre Drogas (2018) en España, determinó que por lo menos uno de cada cuatro jóvenes entre 14 y 18 años ha consumido cannabis en el último año, y el 18,3% en el último mes. Esto implica que aproximadamente unos 100.000 adolescentes estarían consumiendo esta sustancia, y que podrían llegar a depender de la misma en la adultez. También se manifestó que si tienen un consumo cotidiano de marihuana, tienen más facilidad para presentar alteraciones en el aprendizaje y en la atención. Cuando se hace referencia al ámbito educativo, en reiteradas ocasiones, se presenta como el primer lugar en donde se manifiesta la problemática del consumo de cannabis. Siguiendo con la investigación, se determinó que cuando el consumo de la sustancia ilícita, particularmente del cannabis, se torna constante, los estudiantes son los que más recurren al uso u abuso de dicha droga. Se observó que el 17% de los estudiantes tuvo problemáticas de índole familiar y problemas conductuales en el área escolar resaltando conflictos con los profesores, como consecuencia del consumo de cannabis. Con lo mencionado anteriormente, queda en evidencia la distinción de las consecuencias, tanto físicas como conductuales, entre el consumo ocasional, donde al ser un consumo esporádico, no se llegan a presentar daños significativos en el contexto personal del consumidor, y el consumo problemático en donde se presentan escenarios de conflictos evidentes debido a los cambios conductuales que produce el consumo reiterado de esta sustancia (Trujillo & Pérez, 2017).

Cabe resaltar que, en un estudio que se realizó sobre el consumo crónico de marihuana, se observó un declive en el coeficiente intelectual en adolescentes, mientras que

en consumidores adultos no se logró observar algo similar (Meier et al., 2012). Por ende, los adolescentes que consumen son más vulnerables que las personas mayores. Por otra parte, se demostró que los adultos que iniciaron un consumo de marihuana antes de los 17 años se ven expuestos a un alto riesgo de desarrollar déficits neuropsicológicos luego (Gómez & Rubinstein, 2019).

Otro estudio comprobó que la cantidad de consumo diario de cannabis no está relacionado con el síndrome amotivacional, sin embargo si se halló una correlación entre el consumo diario y las complicaciones en los vínculos sociales y la iniciativa (Bernardo del Rey, Egea- Alvarez & El Hammouti, 2019).

El sistema endocannabinoide se relaciona con procesos regulatorios del desarrollo neuronal. Por lo tanto, la inclusión de cannabinoides externos durante la juventud podría llegar a afectar el desarrollo regular del cerebro. Por este motivo, la adolescencia suele ser un periodo vulnerable para el consumo de drogas ilícitas. La utilización del cannabis en la adolescencia podría alterar las funciones ejecutivas, específicamente, el control inhibitorio. Esto, como consecuencia, podría producir conductas impulsivas, antisociales, intolerantes, generando dificultades en las relaciones interpersonales (Tigua-Merchanz, Preciado-Vera & Mendoza-Cantos, 2020).

El consumo de cannabis en adultos podría tener una injerencia en la intoxicación y en consecuencia en la predisposición a tener conductas temerarias en el automóvil, pudiendo provocar accidentes viales y aumentando la posibilidad de muerte o lesiones (Hasin et al., 2017). En un estudio reciente, realizado en la Universidad de Texas a 48 adultos, se pudo demostrar que aquellos que consumían cannabis de forma habitual, tenían un tamaño cerebral más chico debido a una disminución de la corteza orbito frontal. A su vez, se observó que el coeficiente intelectual de los mismos tenía valores menores a los resultados que podrían obtener los individuos que no consumían cannabis (Golpe et al., 2019).

En otro estudio se indicó que el consumo de cannabis en tiempo prolongados y ocasionalmente genera un déficit en la memoria a corto plazo, memoria de trabajo, memoria a largo plazo y en la flexibilidad social, esto puede generar problemáticas en la esfera social (Pozo-Hernandez, Mariño-Tamayo & Ramos Galarza, 2019).

3.2.3 Control emocional y su problemática vinculada al consumo de cannabis

El control emocional es la percepción que uno tiene de sí mismo en relación a la capacidad para poder manejar sus propias emociones. Gross y John (2003) agregan a la conceptualización mencionada anteriormente que el control emocional es la posibilidad que tiene un sujeto de poder cambiar un estado de ánimo, ya sea modificando algún elemento que sea anterior a la emoción, o cambiando algún factor de la emoción. A su vez, se han realizado diversos estudios que han podido demostrar cómo las experiencias emocionales podrían llegar a afectar el desarrollo de la cognición de los individuos y también influenciar en la selección y la elección de las decisiones (Marquez-Gonzalez, Fernández de Troconiz, Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2008).

Uno de los modelos que predomina actualmente con respecto al control emocional, es el propuesto por Etkin, Buchen y Gross (2015), quienes consideran que este control radica en la construcción de estrategias que permitan llegar a una situación emocional deseada. El fin de esta estrategia podría modificarse según los contextos en los que se presente. Para esto se necesita que los individuos posean la flexibilidad necesaria para poder cambiar de estrategia si así lo requiere la situación (Sheppes et al., 2014).

Se realizaron diversas investigaciones en las que se confirmó que el mayor control emocional está fuertemente vinculado con la adultez. Esto quiere decir que a mayor edad y experiencia de los individuos, mayores aptitudes van a tener para poder desplegar un mayor control sobre su forma de actuar frente a determinada situación y, de esta forma, poder evitar un mayor sobresalto emocional (Marquez-Gonzalez et al., 2008).

En contra parte, se determinó que la adolescencia suele ser el momento en donde los individuos comienzan a consumir cannabis, siendo esta una de las sustancias más utilizadas durante el periodo de la juventud como droga ilegal, ya que puede servir como puntapié para un consumo de otras sustancias. Esto, a su vez, puede producir daños en el crecimiento y desarrollo emocional del individuo, produciendo desde una depresión, producto del consumo de sustancias, hasta la impulsividad (Golpe, Burkhart, Isorna, Barreiro & Rial, 2019).

El uso de cannabis a tan temprana edad está vinculado con la necesidad de obtener una respuesta/estímulo a corto plazo. Sin ir más lejos, los síntomas negativos, particularmente depresivos, se asociaron positivamente con el aumento del consumo de cannabis. El consumo de dicha sustancia en edades tempranas suele darse en situaciones

donde compañeros/amistades, estén presentes. Incluso, en varias ocasiones suelen ser ellos quienes tienen el primer contacto con la sustancia o los que dan y permiten el acceso a dicha droga. Esto se debe a que todos los jóvenes necesitan sentirse identificados con un grupo de pares, entonces, con el fin de pertenecer copian o utilizan la sustancia para poder concretar un vínculo afectivo (Moya, Barón & Moreno, 2017).

Por otra parte, el cannabis puede generar la aparición de ansiedad, estrés y depresión. Esto sucede, debido a que al comienzo el consumo de cannabis puede llegar a ser una forma sencilla y rápida para obtener sensaciones placenteras, que aparentemente logran modificar sentimientos vinculados al malestar emocional, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno. (Wu Lu, Sterling & Wiener, 2004).

3.2.4 Frecuencia del consumo, edad de inicio de consumo de cannabis y control emocional

En una investigación en la que se estudiaron los factores personales, sociales, ambientes y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes, se observó que el consumo problemático de marihuana ocurría en el 19% de los participantes del estudio, con una edad de inicio mínima de 11 años, una media de 14 años, y a su vez, se vio una menor edad de inicio en las mujeres. La frecuencia de consumo, rondaba entre 1 y 2 veces por semana, y con un tope de 40 veces, o más. El 57,6% había consumido marihuana entre 6 y 39 veces, 19,3% de 3 a 5 veces; 15,8% de 1 a 2 veces, y 1,8, 40 veces o más. Por otra parte, no se puede dejar de mencionar que el 42,7% de los adolescentes que recurrieron al consumo de cannabis expresaban un alto grado de disconformidad en relación a las emociones (González Trujillo & Londoño Pérez, 2017).

En otro estudio se determinó que el grupo de participantes que más consumía marihuana se encontraba en el rango de edad de entre 15 a 24 años, con un porcentaje de 20,7%, estos valores disminuían con el aumento de edad (Bernardo del Rey, Egea- Alvarez & El Hammouti, 2019).

En concordancia con lo exployado anteriormente, se evidenció que cuando el consumo de los adolescentes tienen un inicio temprano, aproximadamente 15 años de edad, se puede vincular positivamente con las consecuencias significativas como, por ejemplo, una tendencia a padecer síntomas relacionados a episodios psicóticos, depresión, ansiedad y una alta posibilidad de intento de suicidio (Golpe et al., 2019).

Por otra parte, en un estudio se presentó una asociación positiva entre el consumo en edades tempranas y consecuencias psicológicas. Esto podría generar que se produzca un adelanto de, aproximadamente, 3 a 7 años, un cuadro de sintomatología psicótica. Los consumidores frecuentes de cannabis podrían tener síntomas vinculados a un episodio psicótico debido a las consecuencias del consumo directo del THC. Este cuadro se podría acompañar con labilidad emocional, confusión, alucinaciones, etc. Un 15% de individuos que se consideran consumidores de cannabis presentan en algún momento, sintomatología psicótica. Sin embargo, esto no implica que exista una psicosis propia del cannabis (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa & García-Portilla, 2011).

De la misma forma que se mencionó la posibilidad de sintomatología psicótica, debido al consumo de sustancias ilegales, diversas investigaciones se dedicaron a cuestionar la asociación y la causalidad entre dicha sustancia y la depresión. Hasta este momento, los estudios longitudinales han podido llegar a la conclusión que el cannabis puede aumentar o empeorar los síntomas depresivos, en cambio los estudios transversales, indicarían que si hay una asociación positiva entre estas variables. En definitiva, una vez manejados los elementos que podrían llegar a intervenir de forma negativa en el estudio, se llegó a la conclusión de una asociación entre el consumo y la depresión de forma leve (Tigua-Merchanz, Preciado-Vera & Mendoza-Cantos, 2020).

Para adicionar a la información anterior, se detalló en una investigación que el uso frecuente de la marihuana en adultos, puede llegar a tener como consecuencia una inestabilidad emocional, que puede ir desde la euforia, hasta un estado de distensión absoluta, pero también podría aparecer una dificultad para orientarse en tiempo y espacio, taquicardia y verborragia. Esto acompañado de sintomatología física como, por ejemplo, sequedad en la boca, dilatación en las pupilas, ciertos inconvenientes en focalizar la atención, dificultad para recordar hechos que han ocurrido en un lapso corto de tiempo y una leve falta de reflejos (Volkow, 2015).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio correlacional no experimental transversal.

4.2 Participantes

La muestra estuvo constituida por 132 participantes adultos, un 50% son mujeres y un 50% son hombres, entre 18 y 49 años ($M=29,3$; $DE=3,54$). Son residentes de la República Argentina, distribuidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Gran Buenos Aires (GBA) y otras provincias. Considerando la variable de consumo, un 68% consume de forma ocasional y un 32% lo hace cotidianamente. Por último, un 18% tiene antecedentes de consumo y un 12% tiene antecedentes psiquiátricos.

4.3 Instrumentos

- Inventario de Rastrillaje de Marihuana (MSI-X). El inventario que se describirá a continuación, es específicamente de marihuana y no requiere de un amplio tiempo para completarlo. Cuenta con 31 variables. El mismo, se basa en el DSM IV, específicamente en consecuencias adversas y posibles patrones, y en investigaciones que se realizaron sobre la temática del cannabis. Este inventario, tiene una puntuación que se expresa en *Si* y *No* y, a su vez, contiene preguntas que no llevan puntuación. Según estudios que se realizaron, se observó que es un inventario confiable. Se sugirieron puntuaciones clínicas de alto, moderado y bajo riesgo de consumo de marihuana. Este inventario, se desarrolló por la poca disponibilidad de otros inventarios que puedan detectar específicamente la marihuana y, aparentemente, es el único que se encuentra disponible para lograr observar la muestra del estudio clínico (Alexander & Leung, 2004). Se detallaron puntajes de corte del inventario que se mencionó anteriormente, que fueron ajustadas para poder tener una mayor probabilidad de precisión para poder reconocer una dependencia en el abuso de cannabis y para poder extender su sensibilidad. El valor obtenido es de (0,91), la sensibilidad de (0,83) y la especificidad de (0,89). Con respecto a la confiabilidad del instrumento, consta del alfa de Cronbach de 0,90, y detalla lo útil que es para que se utilice como herramienta de rastrillaje (Gómez & Rubinstein, 2019).

- Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP). Se lo utiliza para detectar irregularidades prefrontales secundarias al daño cerebral adquirido, particularmente las cognitivas en actividades diarias, que se las suele asociar a problemas prefrontales, más específicamente a problemas vinculadas a la motivación, atención, control ejecutivo, control emocional y control en la conducta social. Este mismo, es autoadministrable y cuenta con 46 ítems que se responden mediante una escala de tipo Likert (0= *nunca o casi nunca*; 1= *pocas veces*; 2= *a veces sí y a veces no*; 3= *muchas veces*; 4= *siempre o casi siempre*). Este inventario cuenta con una versión adaptada al español y tiene una validez convergente con otras escalas que evalúan funciones ejecutivas. El fin de este inventario es observar la sintomatología de un mal funcionamiento que se pueda relacionar con alteraciones neuropsicológicas de la corteza prefrontal. Consta de tres factores que se denominaron: problemas en la ejecución, problemas en el control emocional y problemas en la conducta social. Asimismo, en la validación de dicho instrumento, se lograron observar valores de consistencia interna que son adecuados tanto para una población general, como para adictos que se encuentran dentro de un tratamiento (Pedrero Pérez et al., 2016).

4.4 Procedimiento

La investigación la llevaron a cabo seis alumnos de la Universidad de Palermo que se encontraban cursando la Práctica Profesional V. La misma, estaba a cargo del coordinador, Dr. Pablo Gómez, quien, en reiteradas ocasiones, supervisó el trabajo que cada estudiante realizó. Cada uno de ellos debió convocar a 40 individuos que quisieron participar de dicha investigación de forma voluntaria, y que cumplían con el requisito de tener entre 18 y 40 años de edad. Se les realizaron diversos test e inventarios, vía online, que tuvieron una duración aproximada de 20 minutos en total. Se aplicaron el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP), el Inventario de Rastrillaje de Marihuana (MSI-X), y Cuestionario Disejecutivo (DEX), entre otros. Los resultados de los mismos, fueron volcados a una base de datos que tenían los alumnos en común. Estos mismos fueron utilizados para sus respectivos trabajos.

4.5. Análisis de datos

Para responder a los objetivos 1 y 3 se consideraron como riesgo bajo y/o de riesgo moderado a los sujetos que según la investigación de Gómez y Rubinstein (2019) no poseían antecedentes de consumo de drogas ilegales, y a su vez, en el consumo actual no presentan peligrosidad ni para el sujeto mismo, ni para terceros. Se calcularon pruebas *t* de Student entre dos muestras independientes, tomando como variables la dimensión estandarizada de conducta social, el control emocional y la variable independiente de riesgo bajo – moderado, que fueron previamente categorizados.

Para el segundo y el cuarto objetivo se analizó la clasificación de edad de inicio de consumo, en relación a la problemática de conducta social y control emocional. En la investigación se evaluó como adolescentes a aquellos participantes que comenzaron a consumir cannabis antes de los 17 años o menos. A los participantes que iniciaron el consumo cuando eran mayores de 17 años se los consideró como parte de la categoría de adultos (Gómez & Rubinstein, 2019). Tomando en cuenta esta categorización, se calcularon pruebas *t* de Student para las dos variables; siendo una de ellas la variable estandarizada de la conducta social para el segundo objetivo y de control emocional para el cuarto objetivo, según la dimensión de adultos-adolescentes.

Para el quinto y sexto objetivo se analizaron las frecuencias de consumo de cannabis en los participantes vinculado a la problemática de conducta social y de control emocional, en población con consumo ocasional. Se tomó a la frecuencia considerando como categorías a los que nunca habían consumido, los ocasionales, recreativos y cotidianos (Calafate et al., 2000). En este caso se ha considerado que los recreativos están incluidos en los consumidores ocasionales. Se realizó un cálculo con pruebas *t* de Student de dos muestras, con una variable categorizada como ocasional y cotidiano.

Todos los análisis fueron realizados con el software Infostat.

5. Desarrollo

5.1 Analizar la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.

Para el primer objetivo específico, que plantea la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y los problemas de conducta social, en población ocasional, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de

sujetos con bajo riesgo y el grupo con un riesgo moderado, como se puede observar en la Tabla 1. Los estudios analizados en la investigación dan cuenta que, por lo tanto, en población con consumo ocasional, bajo riesgo y/o moderado, no habría problemáticas de conducta social.

Tabla 1.

Problemas derivados del consumo de cannabis y problemas de conducta social. Diferencia de medias en población con consumo ocasional.

Grupos comparados		M 1	M 2	gl	t	p
1=Riesgo bajo	2=Riesgo moderado	-0.07	-0.05	29	0.04	.97

Por otra parte, en el estudio realizado por Gómez y Rubinstein (2019), donde se buscaron diferencias atencionales y ejecutivas en jóvenes y adultos con consumo no problemático de sustancias, sí se presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación a un grupo de participantes con problemáticas motivacionales y sin consumo problemático de cannabis. En otro estudio, Golpe et al. (2019) han podido constatar que el consumo de cannabis puede generar conductas complejas en el uso de Internet, llevando a actividades como el *sexting* o el acoso cibernético. Guerrero et al. (2015) agregan que los jóvenes que se enfrentan al consumo de cannabis tienen un menor rendimiento escolar, y también tienen grandes dificultades para encontrar una salida laboral. Sin embargo, en el estudio de Grant et al. (2003) se hayan coincidencia con los resultados de esta investigación, donde no se encontraron afectaciones ejecutivas por el consumo ocasional de cannabis.

5.2 Analizar diferencias entre distintas edades de inicio del consumo de cannabis y los problemas de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.

El segundo objetivo propone analizar las diferencias en las conductas sociales problemáticas en función de la edad de inicio del consumo. En este caso sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con inicio temprano (durante la adolescencia) y el resto, con mayores problemas en la dimensión de conducta social en

dicho grupo al compararlos con quienes comenzaron a consumir siendo adultos. Esto se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2
Edad de inicio del consumo de cannabis y problemas de conducta social (estandarizados). Diferencia de medias.

Grupos comparados		M 1	M 2	gl	t	p
1=Adolescente	2=Adulto	-0.40	0.38	115	4.74	.0001

En varios estudios se ha podido constatar que el inicio de consumo en la adolescencia conlleva a mayores consecuencias en diferentes dimensiones fisiológicas y psicológicas. Meier et al. (2012) pudieron observar en su estudio que aquellos participantes adolescentes que consumían cannabis presentaban un importante declinación del CI. Cuando los participantes adultos que se encontraban en consumo no tenían esta problemática. En otro estudio se constató que aquellos individuos que comenzaban a consumir antes de los 17 años presentaban una alta exposición al desarrollo de deterioros neuropsicológicos (Gómez & Rubinstein, 2019). Por lo tanto, la adolescencia es un periodo de alta vulnerabilidad, así lo demuestran Tigua-Merchanz et al. (2020) en su estudio, donde exponen cómo el consumo de esta sustancia durante la adolescencia genera consecuencias en el control inhibitorio, provocando conductas antisociales, impulsivas, intolerantes y dificultades en las relaciones sociales. Otra exposición relevante a la que se enfrentan los adolescentes que consumen cannabis, es que tienen mayor probabilidad de consumir otras drogas ilícitas que tienen una mayor peligrosidad para la integridad de los mismos (González-Yubero et al., 2020).

5.3 Analizar la relación entre los riesgos derivados del consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.

El objetivo específico tres plantea la comparación de las dificultades de control emocional en función del riesgo derivado del consumo de cannabis en población ocasional. Se pueden observar los resultados en la Tabla 3, en donde hay diferencias estadísticamente significativas en los puntajes estandarizados de la dimensión emocional del ISP entre aquellos que tienen bajo riesgo y riesgo moderado. Se debe mencionar que ha puntuado más alto el grupo de riesgo moderado.

Tabla 3

Problemas derivados del consumo de cannabis y dificultades de control emocional. Diferencia de medias en población con consumo ocasional.

Grupos comparados		M 1	M 2	gl	t	p
1=Bajo riesgo	2=Riesgo moderado	-0.06	-0.81	36	2.24	.03

Se ha analizado en otros estudios que el consumo habitual de cannabis trae consecuencias en el control emocional, no así con los que lo hacen de forma ocasional (Gómez & Rubinstein, 2019). Wu Lu et al. (2004) agregaron que dicho consumo provoca ansiedad, depresión y estrés. Holtman (2004) pudo comprobar que el cannabis afecta al sistema cognitivo, perceptivo y también emocional. Montañes y Mayorga (2013) explicitan el riesgo que implica el consumo de marihuana y el desarrollo de una psicopatología como la esquizofrenia. Esta trae problemas en el control emocional ya que los síntomas negativos que se presentan en la enfermedad son la abulia, la anhedonia, la apatía, la alogia, entre otros.

5.4. Analizar diferencias entre distintas edades de inicio del consumo de cannabis y las dificultades de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.

En este objetivo se puede observar que, en relación con la edad de inicio de consumo, nuevamente aquellos que comenzaron a consumir cannabis durante su adolescencia tienen mayores dificultades en el control emocional que quienes se iniciaron ya siendo adultos. Esto se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 4.

Edad de inicio del consumo de cannabis y dificultades de control emocional. Diferencia de medias.

Grupos comparados		M 1	M 2	gl	t	p
1=Adolescente	2=Adulto	-0.44	0.24	123	4.74	.0001

Este resultado se puede evidenciar en diferentes estudios analizados previamente. Marquez –Gonzalez et al. (2008) reafirmaron que el control emocional se encuentra vinculado a la adultez, por lo tanto, que se inicie el consumo de sustancias ilícitas en edades

tempranas, genera consecuencias en el proceso emocional de los adolescentes. Golpe et al. (2019) expusieron que aquellos adolescentes que iniciaron con consumo de cannabis durante esta etapa, van a tener una asociación positivas con sintomatología relacionada a depresión, ansiedad y episodios psicóticos. Esto es afirmado por Tigua-Merchanz et al. (2020) quienes afirman que hay una asociación entre el consumo de marihuana y la depresión leve.

5.5. Analizar diferencias entre distintas frecuencias de consumo de cannabis y las dificultades de conducta social en población con consumo ocasional de cannabis.

El objetivo cinco se refiere a las diferencias en las dificultades de conducta social en función de la frecuencia con que se consume cannabis en población ocasional. Se observa en los resultados de la Tabla 5 que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos que consumen ocasionalmente y aquellos que consumen más de dos veces por semana.

Tabla 5.

Frecuencia de consumo de cannabis y problemas de conducta social. Diferencia de medias.

Grupos comparados		M 1	M 2	GI	T	p
1=Ocasional	2=Cotidiano	0.13	-0.21	130	1.62	.11

Aunque en este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados, se puede observar que en otros estudios consultados los resultados han sido diferentes. Torres y Fiestas (2012) afirman que el uso frecuente de cannabis puede incrementar conductas de mayor riesgo. Por otra parte, Trujillo y Torres (2017) pudieron comprobar en su estudio que efectivamente quienes consumen de forma ocasional no presentan tantas complicaciones fisiológicas y psicológicas como aquellos que lo hacen de forma cotidiana. En un estudio actual que se realizó en la Universidad de Texas a 48 adultos se pudo determinar que los que estaban expuestos al cannabis cotidianamente poseían el órgano cerebral más pequeño por una disminución de la corteza orbito frontal. Este estudio también demostró que los adultos que nunca habían consumido tenían mejores valores de CI (Golpe et al., 2019). Del Bosque et al. (2013) mencionan que se observa que los trabajadores que consumen marihuana de forma frecuente, tienen peor rendimiento laboral y presentan mayor cantidad de accidentes laborales. Por último, en un estudio se

pudo comprobar que aquellos individuos que tienen un consumo a largo plazo de esta sustancia presentan una disminución en la motivación y bajo rendimiento escolar (Silins et al., 2009).

5.6. Analizar diferencias entre distintas frecuencias de consumo de cannabis y los problemas de control emocional en población con consumo ocasional de cannabis.

En el objetivo 6 no se registran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las dificultades de control emocional en función de la frecuencia con que se consume cannabis. Esto se puede ver en la Tabla 6.

Tabla 6.

Frecuencia de consumo de cannabis y dificultades de control emocional. Diferencia de medias.

Grupos comparados		M 1	M 2	gl	t	p
1=Ocasional	2=Cotidiano	-0.03	0.02	130	0.22	.82

Estos resultados no se encuentran en la misma línea que estudios precedentes. Volkow (2015) describió en un estudio que la utilización cotidiana de la marihuana en adultos, puede llegar a provocar una alta labilidad emocional, yendo desde la euforia hasta una distimia. También puede provocar una desorientación en tiempo y espacio. Otro estudio de Torres y Fiestas (2012) expone que cuando hay un consumo continuo de cannabis, este podría llevar a la ansiedad. También se ha manifestado en otros estudios que los consumidores frecuentes suelen tener conductas impulsivas vinculadas al enojo o la ira y dificultad para la toma de decisiones (Borja & Jimenez, 2010).

6. Conclusiones

6.1 Resumen del desarrollo

En este trabajo se buscó encontrar una vinculación entre el consumo de cannabis, el control emocional y la conducta social en población con consumo ocasional. Para poder realizar la medición de estas variables, se han utilizados dos instrumentos: El MSI-X que mide las problemáticas vinculadas al consumo de cannabis y el ISP que realiza un inventario de sintomatología prefrontal para poder realizar una evaluación clínica de las adicciones en la vida cotidiana.

El primer objetivo analizó el riesgo de consumo de cannabis en población ocasional con problemáticas en la conducta social. Si se consideran los resultados obtenidos, la primera hipótesis vinculada a este objetivo fue refutada. Por lo tanto, no se ha podido vincular el consumo ocasional de cannabis con la conducta social. Se encontraron estudios que tienen una congruencia con la hipótesis planteada como los de Golpe et al. (2019) y Guerrero (2015). La diferencia de resultados entre estos estudios y los de esta investigación, se pueden haber dado debido a que, en el caso de la investigación de Golpe et al. (2019) se analizó una muestra de 3.882 participantes, ampliamente mayor a la de este estudio. También se puede considerar que en el caso de la investigación de Guerrero (2015) los participantes tienen un rango de edad de 13 y 18 años, siendo la adolescencia una etapa que por sí sola genera muchos cambios conductuales. Por otro lado, el estudio de Grant et al. (2003) son coincidentes con que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a las variables en estudio.

El segundo objetivo propuso vincular la edad de inicio de consumo con las problemáticas de conducta social en población ocasional. Las diferencias fueron a favor de los sujetos con inicio en la adolescencia. La segunda hipótesis, correspondiente a este objetivo fue comprobada. Los estudios realizados previamente por Gomez y Rubinstein (2019), Gonzalez-Yubero et al. (2020), Meier et al. (2012) y Tigua-Merchanz et al. (2020) son coincidentes con la hipótesis planteada en esta investigación.

El tercer objetivo buscó comprobar el vínculo entre el consumo ocasional de cannabis y las problemáticas del control emocional. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables, lo que implica que aquellos con un consumo moderado podrían tener dificultades en el control emocional. Es por esto que la hipótesis tres fue comprobada. Otros estudios como los de Gómez y Rubinstein (2019) han obtenido los mismos resultados en relación al consumo ocasional y el control emocional, en cambio no ha sido de esta forma con los consumidores habituales. Holtman (2004), Montañes y Mayorga (2013) y Wu Lu et al. han observado en sus investigaciones cómo el consumo de esta sustancia tiene injerencia en el control emocional.

En el cuarto objetivo se buscó analizar diferencias en las problemáticas de control emocional según la edad del inicio de consumo. Los resultados indicaron diferencias a favor del grupo más joven, por lo tanto la cuarta hipótesis planteada fue confirmada. La edad de inicio está ligada a las problemáticas vinculadas con el control emocional. Esto se

pudo observar en otros estudios realizados, como los de Golpe et al. (2019) y Tigua-Merchanz et al. (2020).

En el quinto objetivo se evaluó el vínculo entre la frecuencia del consumo de cannabis y las dificultades en la conducta social. Según los resultados obtenidos en la investigación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, la quinta hipótesis es refutada, significando que la frecuencia de consumo no establece una diferencia con las problemáticas de conducta social. Sin embargo, se ha analizado en otros estudios que estas variables están ligadas positivamente, como, por ejemplo, los de Del Bosque et al. (2013), Golpe et al. (2019) Torres y Fiestas (2012), Trujillo y Torres (2017) y Silins et al. (2009). Esto puede darse porque varias de estas investigaciones tienen muestras más amplias que la de este estudio. Por ejemplo la investigación de Silins et al. (2009) tiene una muestra de 3.756 participantes y también realizó el estudio con otros instrumentos de medición como Estudio de salud y desarrollo de Christchurch (CHD) y la Escala de Temperamento Australiano (ATP) que estudia el desarrollo social y emocional.

Por último, el objetivo seis analizó el control emocional según la variable de frecuencia de consumo. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se puede afirmar que la hipótesis no fue confirmada, debido a que no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados no son congruentes con los estudios analizados por Volkow (2015) así como tampoco los efectuados por Torres et al. (2010). En este caso, podría haber una diferencia entre los resultados de algunos de los estudios, ya que, por ejemplo, Volkow (2015) realiza un análisis de los circuitos cerebrales con adicción y sus afectaciones al autocontrol, el afecto y la recompensa, a través de estudios novedosos de la neurociencia vinculados a imágenes clínicas. Por lo tanto, son dos tipos de estudios diferentes.

6.2 Limitaciones

En relación a las limitaciones de este trabajo se pueden encontrar limitaciones de tipo teórica y metodológica.

En relación a las limitaciones teóricas, se puede hacer mención a la gran dificultad para poder encontrar información acerca de la población con consumo ocasional, no siendo así con la información respecto de la población con características de consumo problemático.

Otra de las limitaciones teóricas, fue la delimitación entre el concepto de conducta social y control emocional ya que, al realizar la búsqueda de información, en varias investigaciones se consideraba a la problemática de estas funciones ejecutivas de la misma forma. Esto se puede observar, en un estudio realizado por Torres y Fiesta (2012), donde el síndrome amotivacional se toma como una dificultad vinculada a la emoción, en cambio en el estudio de del Rey et al. (2019) para estudiar este síndrome toman variables como relaciones sociales y falta de iniciativa, dimensiones que se encuentran en el control social.

En referencia a las limitaciones metodológicas, una de las complicaciones que ha estado presente fue en relación a la toma de los instrumentos, ya que como se ha mencionado anteriormente debido a la pandemia no se ha podido realizar tradicionalmente de forma presencial; por lo tanto, no se pudo comprobar la correcta comprensión de las consignas. A su vez, no se puede dejar de señalar que algunos de estos instrumentos no han sido validados en su versión online.

Otra limitación fue el análisis del MSI-X ya que no se realizaron estudios psicométricos locales sobre el mismo, contándose solo con una traducción al español.

Por último, una de las dificultades que se ha presentado es la medición de la variable frecuencia en este instrumento, ya a que no hay otra forma de poder saber con exactitud cuántas veces consumen cannabis los participantes.

6.3. Perspectiva crítica y aporte personal

Luego de un análisis necesario para la realización del proyecto, se pudo contemplar que hay un recorte del estudio de la adicción al cannabis que se centra más ampliamente en los consumidores con problemas patológicos de adicción, no considerando la importancia de estudiar las consecuencias que puede tener el consumo ocasional de cannabis en la población. Hay estudios como los de Gómez y Rubinstein (2019) que hacen un relevamiento de las consecuencias atencionales y ejecutivas que puede traer el consumo ocasional del cannabis. Sin embargo, en otros estudios, se centran en una población de consumo frecuente y problemático.

Con respecto a este estudio en particular se considera que hubiera sido beneficioso establecer una clara categoría de lo que implica un consumo ocasional, no problemático y/o de bajo riesgo ya que se reveló una dificultad en poder distinguir la categoría de frecuencia

con la de tipos de consumidores, siendo esto una problemática a la hora de analizar los resultados de los estudios.

Esta investigación se realizó con una muestra de 132 participantes. Si bien es un grupo amplio, la ampliación de la muestra con respecto a una mayor cantidad de participantes de las edades ya evaluadas y de un rango etario más amplio, hubiera permitido obtener un relevamiento de mayor alcance con respecto a los objetivos propuestos, específicamente el que utiliza como variable la edad de inicio de consumo.

En el año 2004 y 2005 hubo un aumento de ingesta en sustancias ilegales, específicamente la marihuana, en donde en el informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNDOC), se expuso que se incrementó un 5% el uso de drogas, siendo el cannabis la de mayor prevalencia (Caceres et al., 2006). Luego en el año 2011 el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) afirmó que según un estudio realizado el 60% de aquellos individuos que probaban la marihuana terminaban con una adicción a esta sustancia (Bach, Riviera, Bach & Zabaleta-Yparraguirre, 2015). En el año 2018, el Plan Nacional sobre Drogas en España realizó una encuesta en donde se determinó que uno de cada cuatro jóvenes entre 14 y 18 años había consumido marihuana en el último año, lo que implicaría que unos 100.000 jóvenes estarían consumiendo esta sustancia. Teniendo en cuenta las cifras de estos estudios y la relevancia de indagar sobre esta problemática para lograr una implicación efectiva en el campo de acción, se considera que este estudio es de gran aporte, por los datos actualizados que pueden ser de referencia para futuros estudios. Por otra parte, se considera de gran interés el haber delimitado el estudio en población ocasional, ya que, como se ha descripto anteriormente, hay pocos estudios que se enfoquen en esta población. Otro aporte importante es haber incluido un objetivo vinculado al inicio de la edad de consumo debido a la implicancia de los jóvenes en el consumo social y recreativo de esta sustancia, presentando consecuencias emocionales y sociales. Así lo demuestra este estudio con respecto a los adolescentes que consumen y sus afectaciones en el control emocional y otros estudios como los de Fernandez-Artamendi et al. (2011) y el de Golpe et al. (2019) que han afirmado las dificultades que se presentan luego de consumir a tan corta edad.

6.4. Nuevas líneas de investigación

Se pueden proponer diversas líneas de investigación debido a la amplitud de la temática y los objetivos investigados. En primera instancia, teniendo en cuenta que la investigación que propuso el instrumento MSI-X se encuentra realizada en Houston, Estados Unidos (Alexander & Leung, 2004) se sugiere la realización de estudios psicométricos locales para el instrumento del MSI-X. Esto aportaría información relevante a este país, la cual podría ser utilizada para armar un estudio que permita tener una aproximación acerca de cómo estaría afectando clínicamente a la población el consumo de cannabis.

Por otro lado, se debe exponer la necesidad de realizar investigaciones más profundas acerca de las consecuencias que conllevan el inicio de consumo a temprana edad. Como lo explicitan varios de los estudios como el de Araos et al. (2014), Gómez y Rubinstein (2019), Trujillo y Perez (2017) y Silins et al. (2004) entre otros, trae grandes problemáticas a nivel escolar, social y emocional. Por lo tanto, se propone, ahondar en la población adolescente y con consumo ocasional, ya que es a quienes se puede llegar desde un plan de prevención.

Teniendo en cuenta lo que se expuso anteriormente, parece necesario generar investigaciones que se avoquen a un consumo no problemático, ocasional o de bajo riesgo, como algunos de los estudios analizados por Grant et al. (2004) y Molina Sabando e Intriago Ramírez (2018), ya que algunos de estos encuentran o no correlaciones entre un consumo no problemático y consecuencia a nivel cognitivo y emocional.

Por último, resultaría interesante en un futuro, incluir en un estudio la función ejecutiva de toma de decisiones y la impulsividad vinculadas al consumo de cannabis (Alameda-Bailen, Paino et al., 2012). Ya que si se afectara esta función, podría ser un factor de riesgo preponderante, trayendo así dificultades para decidir ante posibles nuevas situaciones de consumo.

7. Referencias

- Andreu, J. (2003). Infancia, socialización familiar y nuevas tecnologías de la comunicación. *Portularia Revista de Trabajo Social*, 3(1), 245-246.
- Araos, P., Calado, M., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F., & Rodríguez de Fonseca, F. (2014). Adicción a cannabis: bases neurológicas y consecuencias médicas. *Revista de España de drogodependencia*, 39(2), 10-30.
- Ashton, H. (2018). Farmacología y efectos del cannabis: una breve reseña. *Revista británica de Psiquiatría*, 178(2), 1-2.
- Bach, N., Rivera, N., Bach, G., & Zavaleta-Yparraguirre, C. (2015). *Habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados* (tesis de Licenciatura inédita). Universidad Antenor Orrego, Trujillo. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1666/3/RE_ENFER_HAB.SOCIALES-COND.RIESGO-ADOLESCOLARIZADOS_DATOS.pdf.
- Beyer, J., Toumbourou, J., Catalano, R., Arthur, M., & Hawkins, D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *Adolescent Health*, 35(1), 3-16.
- Bloomfield, M., Morgan, C., Egerton, A., Kapur, S., Curran, H., & Howes, O. (2014). Dopaminergic function in cannabis users and its relationship to cannabis induced psychotic symptoms. *Biological psychiatry*, 75(6), 470-478.
- Burin, D., Drake, M., & Harris, P. (2007). *Evaluación psicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universidad psicológica*, 5(3), 521-534.
- Calafat, A., Fernandez, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M & Torres, M.A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, 12(3), 202-203. doi: 10.20882/adicciones.682.
- Campo-Arias, A., Suarez-Colorado, Y & Caballero-Dominguez, C. (2020). Asociación entre el consumo de Cannabis y el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Santa Marta. *Colombia.Biomedica*, 40(3), 574-575. doi: 10.7705/biomedica.4988.

- Del Bosque, J., Fernández, C., Sánchez Huesca, R., Díaz, B., Gutiérrez-López, A., Fuentes Mairena, A., Espínola, M., González-García, N., Loredó-Abdalá, M., Medina-Mora, E., Nanni-Alvarado, N., Natera, G., Real, T., Sansores, R., Prospéro-García, O., Zinser, J., Cosme Suárez, A & Beltrán, A. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Mental* 2013;36(2),149-158.
- Devane, W. A., Dysarz, F. A. 3rd., Johnson, M. R., Melvin, L. S., Howlett, A. C. (1988). Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Molecular Pharmacology*, 34(12), 605-13.
- Escobar Toledo, I., Berrouet Mejía, M.C. & González Ramírez, D. Mecanismos moleculares de la adicción a la marihuana. (2009). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 126-142.
- Estevez Gonzalez, A., Garcia Sanchez, B. & Barraquer Bordas, L. (2000). Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Revista de Neurología*, 31(6), 566-577.
- Etkin, A., Büchel, A. & Gross J. (2015). Las bases neuronales de la regulación de las emociones. *Neurosci.*, 16(4), 693 – 700. doi:10.1038 / nrn4044.
- Fernández Artamendi, S., Fernández Hermida, J.R., Secades Villa, R. & García Portilla, P. (2011). *Cannabis y Salud Mental. Actas españolas de Psiquiatría*, 39(3), 180-190.
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M., & Vásquez De la Hoz, F. (2017). Cannabis: una ilusión cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46 (2), 95-102.
- Golpe Gregor, S., Burkhart, M., Isornac, C., Barreiroa, A. & Riala, A. (2019). Menores y consumo de cannabis: epidemiología, implicaciones y factores de pronóstico. Madrid: Dykinson.
- González Trujillo, K. y Londoño Pérez, C. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y Salud*, 27(2), 141-153.
- González-Yubero, S., Palomera, M. & Lázaro-Visa, S. (2020, en evaluación). Inteligencia emocional rasgo y habilidad como factores asociados al consumo de cannabis en la adolescencia. *Psychology*.
- Gómez, G.P., & Rubinstein, W.Y. (2019). Diferencias atencionales y ejecutivas en jóvenes y adultos con consumo no patológico de sustancias. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(2), 1-21.

- Grande-Garcia, I. (2009). Neurociencia social: una breve introducción al estudio de las bases neurobiológicas de la conducta social. *Psicología y Ciencia Social*, 11(1)18-20.
- Grotenhermen, F. (2006). Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Formatiert*, 1(1), 10-14.
- Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Guerrero, M., Galván, G., Pinedo, J., Vásquez, F., Torres, F. y Torres, J. (2015). Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Revista Científica Salud Uninorte*, 31(5), 467-478. doi:10.14482/sun.31.3.8046.
- Harper, C., Dittus, P. y Ethier, K. (2016). Associations between marijuana use and 15 indicators of sexual risk and sexual health service use. *Journal of Adolescent Health*, 58(8), 109-110. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.10.230.
- Hasin, D., Sarvet, A., Cerda, M., Keyes, K., Stohl, M., Galea, S & Wall, M. (2017). US Adult Illicit Cannabis Use, Cannabis Use Disorder, and Medical Marijuana Laws: 1991-1992 to 2012-2013. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 579-588. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0724.
- Holtman, J., Sloan, J., Wala, E., Meunier, J., Mollereau, C., Toll, L., Suaudeau, C., Moisand, C., Souza, D., Perry, E., MacDougall, L., Ammerman, Y., Cooper, T & Wu, Y. (2004). The psychotomimetic effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals: implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology* 29 (21)1558-1572.
- D'Souza, D., Abi-Saab, W., Madonick, S., Forselius-Bielen, K., Doersch, A & Braley, G. (2005). Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 57(1), 594-608.
- Igartua, A. (2009). Términos que necesitamos clarificar: Cannabis-Marihuana-Extractos cannabinoides. *Galenu*, 126(6), 37-38.
- Iversen, L. (2003). Cannabis y el cerebro. *Brain* 126(6)1252-1270. doi:10.1093/brain/awg143.
- Lee, C. A., Derefinko, K. J., Davis, H. A., Milich, R. y Lynam, D. R. (2017). Cross-lagged relations between motives and substance use: Can use strengthen your motivation

- over time?.*Drug and Alcohol Dependence*,178(4),544–550.doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.027.
- Lepe-Martínez, N.,Cancino-Durán, F., Tapia-Valdés, F.,Zambrano-Flores, P.,Muñoz-Veloso, P., Gonzalez-SanMartínez, I & Ramos-Galarza, C(2004).Desempeño En Funciones Ejecutivas De Adultos Mayores: Relación Con Su Autonomía Y Calidad De Vida. *Revista Ecuatoriana Neurologica*,29(1), 200-203.
- Lezak, M.(1982).The problem of assessing executive functions.*International Journey of Psychology*,17(4),281-297. doi: <https://doi.org/10.1080/00207598208247445>
- Magleb, C. (2012). Código de la niñez y adolescencia. Reddeautores. Recuperado de <http://www.reddeautores.com/psicologia-psiquiatria/la-conducta-social>.
- Maldonado, R., Valverde, O. & Berrendero, F. (2006). Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction. *Trends in Neurosciences*,29(4),225-232.doi: 10.1016/j.tins.2006.01.008.
- Martínez, N.,Cancino-Durán, F.,Tapia-Valdés, F., Zambrano-Flores, P., Muñoz-Veloso, P., Gonzalez-San Martínez, I., & Ramos-Galarza,C. (2020). Desempeño en Funciones Ejecutivas de Adultos Mayores: Relación Con su Autonomía y Calidad de Vida. *Revista ecuatoriana neurológica*,29(1),94-95.
- Marquez-Gonzalez, M.,Fernandez de Troconiz, I.,Montorio-Cerrato, I & Baltar-Losada, A.(2008).Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad.*Psicothema*,20(4),616-622.
- Matsuda L.A., Lolait S.J., Brownstein M.J & Bonner T.I. (1990). Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Nature*.346(6284) 561–564.doi:10.1038/346561a0.
- Maqueda, F. & Ruiz-Olivares, R.(2017).Relación entre el juego patológico y consumo de sustancias en una muestra de estudiantes universitarios. *Salud y drogas*,17(2),17-24.
- Mendez, D. & Latorre-Postigo, A.(2021).Psicología Medica.España:ElSevier.
- Merino, P.(2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa.*Adicciones*,12(2),276-279.doi:10.20882/adicciones.684.
- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. (2018).Plan de Acción sobre adicciones 2018-2020.Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

- Molina Sabando, K., & Intriago Ramírez, A. (2018). Caracterización del riesgo de consumo problemático de alcohol y drogas; en los estudiantes del 7mo semestre de la facultad de ciencias humanísticas y sociales. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* 8(5) 200-201.
- Morales-Manrique, C; Bueno-Cañigral, F; Aleixandre-Benavent, R; Valderram Zuriant, J. (2011). Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos*, 13(4), 156-157.
- Moya, I., Ortiz-Baron, E & Moreno, S. (2017). Emotional and Psychosocial Factors Associated With Drunkenness and the Use of Tobacco and Cannabis in Adolescence: Independent or Interactive Effects? España: Taylor & Francis.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Munro, S., Thomas, K.L & Shaar, M. (1993). Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature*. 365(6441) 61–5. doi: 10.1038/365061a0.
- Parrott, A. Morian, A. Moss, M. & Scholey, A. (2004). Understanding drugs and behaviour. England: John Wiley & Sons, Inc.
- Pedrero Pérez, E.J, Ruíz Sánchez de León, J.M., Rojo Mota, G., Morales Alonso, S., Pedrero Aguilar, J., Lorenzo, I., & González, A. (2016). Inventario de síntomas prefrontales (ISP): validez ecológica y convergencia con medidas neuropsicológicas. *Revista Neurológica*, 63(6), 241-251.
- Perez, E. & Ruiz, S. (2017). El consumo de sustancias como factor de riesgo para la conducta delictiva: Una revisión sistemática. *Acción Psicológica*, 14(2), 33-50.
- Piomelli, D. (2003). La lógica molecular de la señalización endocannabinoide. *Nature Reviews Neurociencia*, 4 (2), 873-874. doi: 10.1038/nrn1247.
- Rivera-Olmos V.M. & Parra-Bernal M.C. (2016). Cannabis: efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 54(5), 626-34.
- Ramos-Atance, J. & Fernandez-Ruiz, J. (2000). Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*, 12(2), 20-28. doi: 10.20882/adicciones.670.

- Rodríguez Rey,R., Toledo, R., Diaz Polizzi, M., & Viñas,M.M.(2006). Funciones cerebrales superiores : Semiología y clínica. *Revista de la facultad de medicina*, 7(2),20-27.
- Sheppes, G., Scheibe,S., Suri,G., Radu ,P., Blechert,J.& Gross, J. (2014).Elección de la regulación de las emociones: un marco conceptual y evidencia de apoyo. *Exp. Psycholpy Gen*,143(3), 163 – 181. doi: 10.1037 / a0030831.
- Sperlágha, B.,Windischa, K., Andóa, R. D., Vizia, E. S., (2009). Neurochemical evidence that stimulation of CB1 cannabinoid receptors on GABAergic nerve terminals activates the dopaminergic reward system by increasing dopaminerelease in the rat nucleus accumbens. *Neurochemistry International*, 54 (7), 452–7.
- Tigua-Merchanz, A.,Preciado-Vera, Y. & Mendoza-Cantos, A. (2020).Monitoreo preventivo a través del uso de detección de drogas en adolescentes: Aspectos éticos o uso del consentimiento en jóvenes para el monitoreo de consumo problemático.*Dominio de las Ciencias*,6(4),581-600.doi:10.23857/dc.v6i4.1488.
- Tirapu, J., Cordero, P., Luna, P., & Hernaez, P. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de Neurologia* 64(2),75-78.
- Torres,G. & Fiestas,F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*,29(1),26-30.
- Tziraki,S.(2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista neurológica*,54(12), 750-760.
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., ... & Coffey, C. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 286-293.
- Volkow, N.D.,Swanson, J.,Evins, E. (2015). Marihuana. National Institute on drug abuse, advancing addiction science. *Psiquiatría JAMA*,73(3),292-297.doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3278.

7. Anexos

7.1 MSI-X questions

Marijuana Screening Inventory (MSI-X)

329

Table 1. Clinical sample responses to the marijuana screening inventory questions (n = 107).

MSI-X questions	Yes (Problem)	No (No problem)
Item 1. Have you had difficulty remembering something while using marijuana, that it bothered you or bothered a close friend?	20.8%	79.2%
Item 2. Have you ever had difficulty with either stopping or controlling your use of marijuana?	9.3%	90.7%
Item 3. Has using marijuana ever created problems between you and a close person, spouse, or a relative? If so, which close person?	14.0%	86.0%
Item 4. Has using marijuana ever interfered with any part of your work or occupation?	9.3%	90.7%
Item 5. Do you ever feel bad about your marijuana use?	24.3%	75.7%
Item 6. Have you ever been arrested, even for a few hours, while you were using marijuana? (Not for possession or dealing)	9.3%	90.7%
Item 7. Have you ever been arrested for, drunk driving or the like, where alcohol or other drugs really were not involved, but where you yourself knew that marijuana was?	3.7%	96.3%
Item 8. Have you ever been arrested for possession of or for dealing in marijuana?	14.3%	85.7%
Item 9. Of the times you have sex, are you usually (more than half the time) using marijuana?	7.5%	92.5%
Item 10. Has using marijuana ever interfered with any part of your education or learning or doing your job?	12.1%	87.9%
Item 11. Have others pointed out to you how marijuana may be affecting you in negative ways?	21.7%	78.3%
Item 12. Before today, have you ever consulted a health or mental professional concerning problems or potential problems associated with marijuana use?	8.5%	91.5%
Item 13. If you do not smoke cigarettes, have you ever had a cough that lasted more than three months while smoking marijuana?	4.8%	95.2%
Item 14. Do you use marijuana every day, several days in a row?	15.9%	84.1%
Item 15. Do you ever use marijuana before noon?	19.8%	80.2%

(continued)

330

Table

MSI-X questions

Item 16. Do you ever use marijuana every day?
Item 17. Do you ever experience nervousness, headache or irritability after stopping marijuana use?
Item 18. When you have important things to talk about with someone, does your use of marijuana interfere, so that other people's important things don't get resolved?
Item 19. Have you ever lost friends or boyfriends because of your marijuana use?
Item 20. Have you ever had difficulty getting your work done because of using marijuana?
Item 21. Do you often use marijuana to lie to close friends or to your spouse about your marijuana use?
Item 22. Do you often find yourself needing to smoke more marijuana, or larger amounts, than in the past, to get high?
Item 23. Do you often feel that using marijuana slows you from getting things done that you need to do?
Item 24. Have you ever been to a self-help meeting such as Narcotics Anonymous, Alcoholics Anonymous or the like, where you were concerned about your marijuana use?
Item 25. Have you ever gotten into trouble at school or the job where using marijuana was part of the problem?
Item 26. Have you ever had difficulty with schoolwork, home tasks, or job done because you were high from marijuana?
Item 27. Do you ever wake up in the morning feeling tired from using marijuana (and no other drugs) before and don't feel rested?
Item 28. Do you ever use marijuana to help you feel better when you are nervous or depressed?
Item 29. Have you ever had an accident (in a vehicle or at home) while using marijuana?
Item 30. Have you ever had a negative experience or felt very anxious and nervous while using marijuana?
Item 31. Do you ever use marijuana to

7.2 Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP)

INVENTARIO DE SÍNTOMAS PREFRONTALES (ISP)

INSTRUCCIONES

A continuación se le plantearán 46 afirmaciones sobre cuestiones de la vida cotidiana que usted puede experimentar o no. Marque en la opción que mejor le represente. Señale con una X sobre la casilla NUNCA O CASI NUNCA si cree que esa afirmación no es correcta sobre usted; POCAS VECES si es algo que le ha pasado, pero en contadas ocasiones; A VECES SÍ Y A VECES NO, si le sucede o no le sucede con la misma frecuencia; MUCHAS VECES si es algo que le pasa a menudo; y SIEMPRE O CASI SIEMPRE si la afirmación define su modo habitual de pensar o actuar.

POR FAVOR, RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.

		NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES SÍ Y A VECES NO	MUCHAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1	Tengo problemas para empezar una actividad. Me falta iniciativa					
2	Me resulta difícil concentrarme en algo					
3	No puedo hacer dos cosas al mismo tiempo (por ejemplo, preparar la comida y hablar)					
4	Río o lloro con demasiada facilidad					
5	Me enfado mucho por cosas insignificantes. Me irrito con facilidad					
6	Tengo poca capacidad para resolver problemas					
7	Mezclo algunos episodios de mi vida con otros. Me confundo al intentar ponerlos por orden					
8	Llego tarde a mis citas					
9	Me cuesta adaptarme a los cambios de mis rutinas					
10	Hablo con desconocidos como si les conociera					
11	Me distraigo con facilidad					
12	Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones					
13	Ciertas cosas me cabrean demasiado y en esos momentos me paso de la raya					
14	Estoy como aletargado, como adormecido					
15	Tengo dificultades para tomar decisiones					
16	Hablo fuera de turno interrumpiendo a los demás en las conversaciones					
17	Me olvido de que tengo que hacer cosas pero me acuerdo cuando me lo recuerdan					
18	Se me echa la hora encima con mucha facilidad					
19	No hago las cosas sin que alguien me diga que las tengo que hacer					
20	Tengo dificultades para seguir el argumento de una película o un libro					
21	Tengo dificultad para pensar cosas con antelación o para planificar el futuro.					

		NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES SÍ Y A VECES NO	MUCHAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
22	Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad					
23	Descuido mi higiene personal					
24	No me entusiasmo con las cosas. No me interesa ninguna actividad					
25	Corro riesgos sólo por el placer de hacerlo aunque me meta en líos por ello					
26	Me cuesta cambiar de planes cuando las cosas están saliendo mal					
27	Cuento chistes inapropiados en situaciones inapropiadas					
28	Actúo como si las demás personas no existieran					
29	Me cuesta ponerme en marcha. Me falta energía					
30	Repito los mismos errores. No aprendo de la experiencia					
31	Cuando hay ruido en la calle tengo problemas para pensar con claridad					
32	Me cuesta planificar las cosas con antelación					
33	Toco o abrazo a la gente aunque no los conozca demasiado					
34	Doy portazos, golpeo muebles o lanzo cosas por el aire cuando me cabreo					
35	Me cuesta encontrar la solución a los problemas					
36	Hago las cosas impulsivamente					
37	Hago comentarios sobre temas muy personales delante de los demás					
38	Tengo ganas de hacer algunas cosas, pero luego no las hago					
39	Hago o digo cosas embarazosas					
40	Me confundo cuando estoy haciendo cosas en un orden					
41	Tengo explosiones emocionales sin una razón importante					
42	Tengo problemas para entender lo que otros quieren decir					
43	Me manifiesto ante los demás de una manera sensual. Coqueteo demasiado					
44	Hago o digo cosas que no debo cuando estoy con otras personas.					
45	Hago comentarios sexuales inapropiados					
46	Todo me resulta indiferente. Me dan igual las cosas					

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HAYA CUMPLIMENTADO TODAS LAS PREGUNTAS Y QUE SÓLO APARECE UNA RESPUESTA "X" EN CADA UNA DE ELLAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN